



Aktivitet, liggetid og gjennomstrømning i somatiske sykehus 2016



Nr. 02/2017

 Helsedirektoratet

Analysenotat 02/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten

Publikasjonens tittel: Aktivitet, liggetid og gjennomstrømning i somatiske sykehus 2016

Nr: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 02/2017

Utgitt av: Helsedirektoratet

Avdeling: Økonomi og Analyse

Kontaktperson: Lars Rønningen

Ansvarlig: Beate Margrethe Huseby

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Sluppenveien 12 C, Trondheim

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

Forfattere: Tone Rian Myrli

Illustrasjon: Bente Restad

SAMMENDRAG

Svakere aktivitetsvekst enn foregående år

Det var en noe svakere vekst i polikliniske pasienter fra 2015 til 2016 med 2,2 prosent, mot 3,1 prosent året før. I 5 års perioden 2012-16 var veksten på polikliniske konsultasjoner på i overkant av 14 prosent. Tydeligst vekst var fra 2014 til 2015 på 4,7 prosent og henger til dels sammen med at aktivitetstaket i sykehusene ble fjernet i 2015. Siste år 2015-2016 var økningen noe mindre på 3,8 prosent. Andelen nye polikliniske pasienter har blitt redusert i alle regionene i perioden 2012 til 2016, hvor reduksjon blant annet kan skyldes at det er flere (som andel av befolkningen) som årlig er innom poliklinikkene. Antall konsultasjoner per pasient øker i perioden fra 2012 til 2016.

Nivået på døgnopphold og antall døgnopphold per pasient holdt et stabilt nivå siste år (svak vekst på begge). Dagbehandlinger omfatter dagkirurgi og medisinske innleggelser uten overnatting. Det var en økning i dagkirurgiske opphold fra 2015 til 2016, men reduksjonen i medisinske dagopphold var større. Samlet var det derfor reduksjon i antall dagbehandlinger, og denne skyldtes både en nedgang i pasienter og opphold per pasient.

Alle helseregionene hadde en vekst i antall DRG-poeng fra 2015 til 2016. Helse Sør-Øst hadde sterkeste vekst på 2,6 prosent. Pasientsammensetningen både ved poliklinikkene og døgnenhetene ble i gjennomsnitt noe mer ressurskrevende i 2016 enn i 2015, målt med indeks for pasientsammensetning. Helse Midt-Norge hadde et uendret nivå for døgnaktiviteten siste år.

Gjennomsnittlig liggetid ble redusert fra 4,3 til 4,0 dager i perioden fra 2012 til 2016. Nivået var relativt stabilt siste år. Mens utviklingen viser fortsatt reduksjon for Helse Sør-Øst og Helse Vest, har Helse Midt-Norge og Helse Nord et mer stabilt nivå. Helse Vest hadde i 2012 et høyere nivå enn de andre regionene i gjennomsnittlig liggetid, og nedgangen i perioden bidro til at Helse Vest nærmet seg nasjonalt nivå.

Nedgangen i liggetid i 5-årsperioden var størst for de eldste aldersgruppene. Helse Vest hadde en relativ sterk reduksjon i gjennomsnittlig liggetid mellom årene 2012 og 2016 for de to eldste aldersgruppene. I Helse Midt-Norge hadde pasienter 80 år og eldre gjennomsnittlig lengre liggetid i 2016 enn i 2015.

Langtidsliggedøgn utgjorde 7,1 prosent av alle liggedøgn i 2016, omtrent samme nivå som i 2015, og noe lavere sammenlignet med 2012. For aldersgruppen 80 år og eldre var det en vekst både i andel langtidsopphold og andel langtidsliggedøgn fra 2015 til 2016.



Innledning

I dette notatet presenteres analyser som belyser utvikling i og kjennetegn ved aktiviteten i somatiske sykehus i de enkelte helseregioner og helseforetak. Dette gjøres ut fra et helseforetaksperspektiv.

Utviklingen beskrives i form av aktivitetsmålet DRG-poeng, indeks for pasientsammensetning, antall opphold og konsultasjoner per pasient, andel nye pasienter, forskjeller i liggetid og andel langtidsliggedager. Figurer og tall presenteres i hovedsakelig på et regionalt nivå. Aktivitet og utvikling på helseforetaksnivå blir trukket fram der dette er hensiktsmessig i dette notatet, men finnes i sin helhet på våre nettsider.

Det er gjennomført en teknisk endring vedrørende aggregering av polikliniske konsultasjoner for samme pasient samme dag. I 2015 og tidligere år ble dette fremstilt som separate konsultasjoner i statistikken. I 2016 vil flere konsultasjoner samme dag for samme pasient aggregeres til 1 konsultasjon. Dette kommenteres nærmere i de avsnitt hvor det har betydning.

Datagrunnlaget er eksklusive private sykehus, Oslo legevakt, Bergen legevakt og Rusakutten ved Bergen legevakt.

Utvikling i aktivitet

Aktivitetsutvikling

I figur 1 presenteres utvikling i aktivitet etter behandlingsnivå for regionene og landet samlet. Antall døgnopphold holdt seg relativt stabilt i alle regionene siste år. Den polikliniske aktiviteten økte for alle regioner, med lavest vekst for Helse Midt-Norge.¹

Volummessig var det færre dagbehandlinger enn døgnopphold og polikliniske konsultasjoner. Kombinert med endringer i registreringspraksis ved enkelte foretak gir dette større prosentvis endring, som til dels ikke er reell. Dagbehandling er derfor ikke presentert i figur 1. Datagrunnlaget viser imidlertid at antall registrerte dagbehandlinger ble redusert i alle regionene, med relativt sett størst nedgang i Helse Vest² og Helse Nord. For Norge samlet var nedgangen knyttet til redusert nivå av medisinsk dagbehandling³, mens dagkirurgi økte.

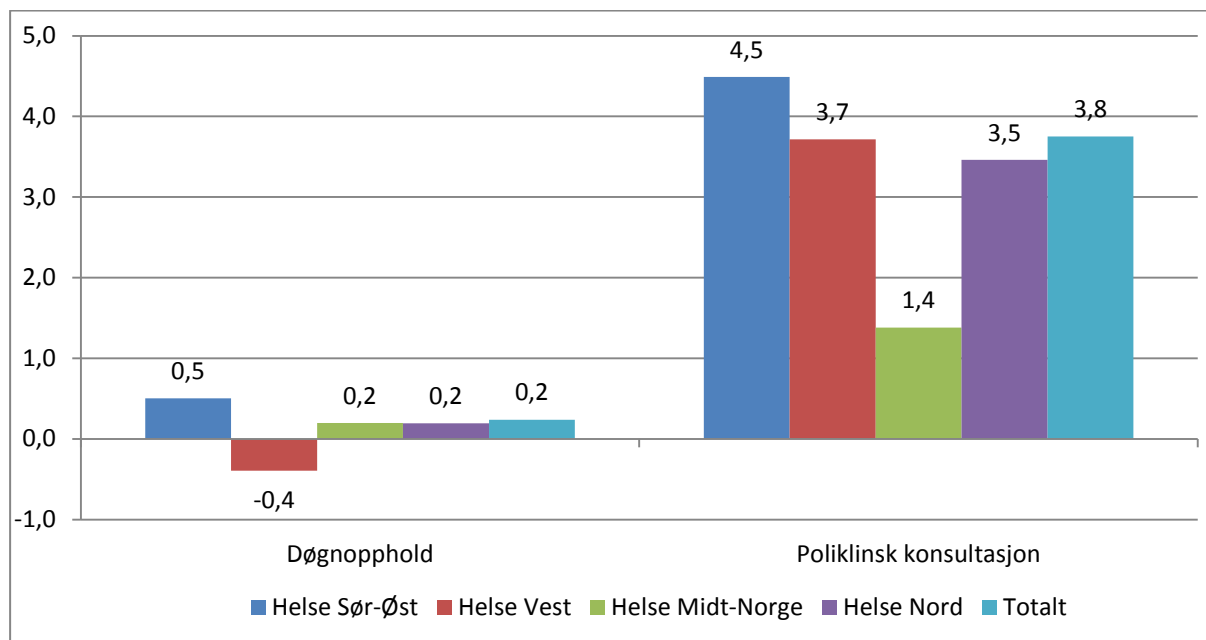
¹ Antall konsultasjoner i 2016 er estimert på grunn av endring i aggregeringsregler for konsultasjoner samme dag for samme pasient.

² Reduksjonen i antall dagbehandlinger er størst ved Helse Bergen med drøyt 3500 episoder, og om lag 1500 av dette er i DRG 981X «Innleggelse uten overnatting for andre tilstander».

³ Det vil i en del tilfeller være vanskelig å etablere klare skiller mellom behandlingsnivåene døgnopphold, dagbehandling og poliklinikk. Vi ser også av og til tilfeller hvor aktiviteten registreres på en noe annen måte enn tidligere år. Deler av den endringen vi ser siste år for dagbehandling, kan skyldes denne type registreringsendringer.

Aktivitet, liggetid og gjennomstrømning i somatiske sykehus

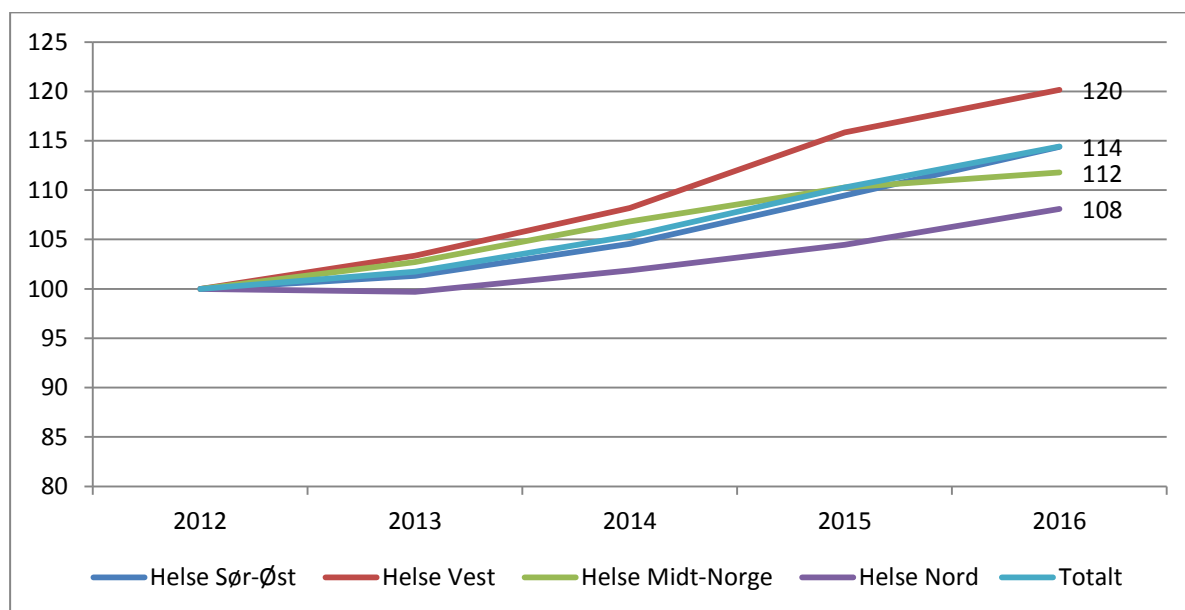
Figur 1. Prosentvis endring i aktivitet etter behandlingsnivå og region 2015-2016.



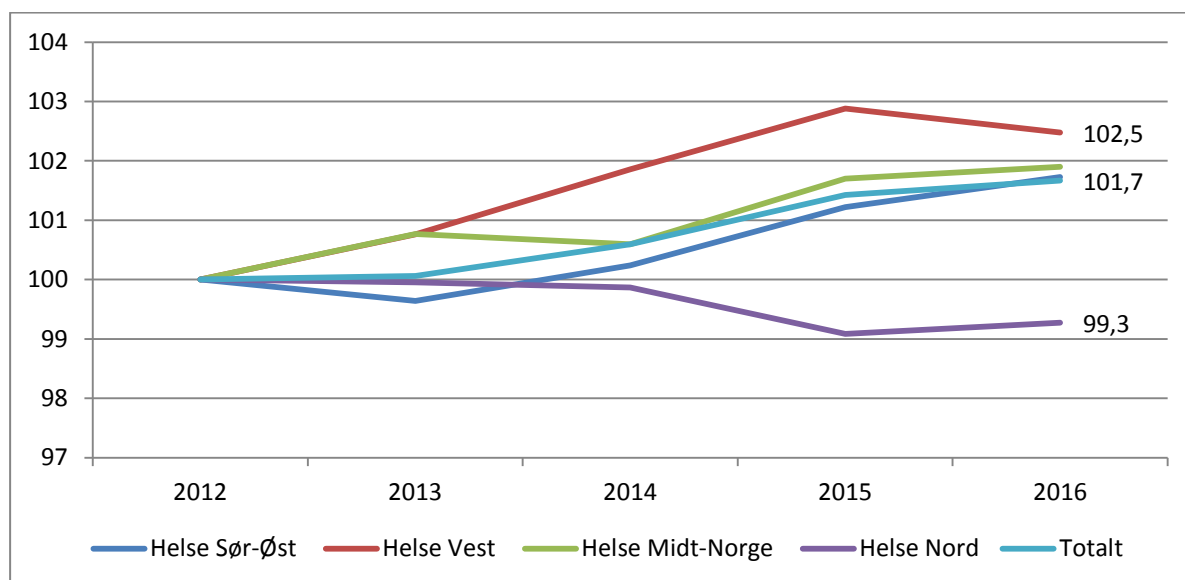
For landet samlet økte antallet polikliniske konsultasjoner med 3,8 prosent fra 2015 til 2016. Veksten siste år var mindre enn foregående år. Det ble høsten 2014 kjent at aktivitetsbestillingen (i DRG-poeng) som tidligere var gitt de regionale helseforetakene, var foreslått fjernet i 2015. Dette gjorde det mulig for RHF-ene på eget grunnlag å øke aktiviteten innenfor rammen av deres økonomi og kapasitet. Poliklinisk aktivitet økte med hele 14 prosent i siste 5-årsperiode, hvor veksttakten var noe høyere fra 2014 til 2015.

Alle regionene har hatt en tydelig vekst i poliklinisk aktivitet. For perioden 2012-2016 hadde Helse Vest en vekst på 20 prosent, mens tilsvarende for Helse Nord var 8 prosent. Helse Midt-Norge hadde som vist i figur 1 lavere vekst siste år. Helse Sør-Øst hadde sterkest vekst i poliklinisk aktivitet siste år med 4,5 prosent, hvor Akershus universitetssykehus HF økte med 9 prosent, og Sykehuset Østfold HF og Diakonhjemmet sykehus økte med 8 prosent. For perioden 2012-2016 var veksten i Helse Sør-Øst på 14 prosent både for offentlige sykehus og for private ideelle sykehus.

Figur 2 Prosentvis endring i polikliniske konsultasjoner etter region 2012-2016⁴ (2012=100).



Figur 3 Prosentvis endring i døgnopphold etter region 2012-2016 (2012=100).



Utvikling i poliklinisk aktivitet for aldersgrupper generelt, og de eldre spesielt, omtales foreløpig ikke på grunn av tidligere nevnte endring i aggregeringsregler for polikliniske konsultasjoner. Det har ikke vært tid for å etablere et korrigert analysegrunnlag som kan brukes inn mot ulike problemstillinger, det har kun vært mulig å estimere effekten på foretaks-/sykehusnivå og regionalt/nasjonalt nivå.

⁴ Antall konsultasjoner i 2016 er estimert på grunn av ny aggregeringsregel for konsultasjoner samme dag for samme pasient.

Aktivitet, liggetid og gjennomstrømning i somatiske sykehus

Antall døgnopphold var relativt stabilt for alle regioner i 2015-2016, se figur 3. Andel døgnopphold fordelt mellom planlagt behandling og øyeblikkelig hjelp holdt seg også stabil. I perioden 2012-2016 var det en liten vekst i antallet døgnopphold i alle regionene med unntak av i Helse Nord. Helse Vest hadde sterkest vekst perioden under ett, men hadde en liten reduksjon siste år. På nasjonalt nivå var økningen i døgnaktivitet lavere enn befolkningsveksten. Økningen i Helse Sør-Øst, på 1,7 prosent, kom ved de private ideelle sykehusene, mens de offentlige sykehusene samlet sett hadde et stabilt nivå. Diakonhjemmet hadde den sterkeste veksten 2012-2016, mens de andre private ideelle holdt et mer stabilt nivå eller en svakere vekst.

For pasienter i alderen 67-79 år var det en økning i døgnopphold på nær 17 prosent fra 2012 til 2016 for Norge totalt, med størst vekst i Helse Vest på i overkant av 19 prosent. Vestre Viken HF hadde en vekst på 8 prosent siste år og nær 24 prosent totalt i perioden. På nasjonalt nivå er veksten i aktivitet for pasienter 67-79 år lavere enn befolkningsveksten for aldersgruppen. De eldste pasientene, 80 år og eldre, hadde et stabilt nivå av døgnopphold siste år. For perioden 2012-2016 hadde Helse Midt-Norge og Helse Vest en vekst i antall døgnopphold for de eldste pasientene, på hhv. 5 og 2,3 prosent, mens Helse Sør-Øst hadde en reduksjon på nær 2 prosent. Endringer i døgnopphold for de eldre pasientgruppene er til dels større på helseforetaksnivå.

For Norge totalt var det en nedgang i dagbehandling fra 2015 til 2016, dette var også tilfelle for perioden 2012 til 2016. I 5-årsperioden ble antallet dagbehandlinger redusert med 11 155 opphold, og over halvparten av reduksjonen kom det siste året. Nedgangen er i hovedsak knyttet til medisinsk dagbehandling. I Helse Sør-Øst skyldes nedgangen i dagbehandling i hovedsak redusert nivå ved Oslo Universitetssykehus HF (OUS) og kan til dels knyttes til måten noe av aktiviteten registreres⁵. Helse Bergen HF har også en tydelig reduksjon i registrert dagaktivitet siste år, etter å ha hatt en jevn økning de foregående årene. Prosentvis nedgang i dagbehandling for perioden 2012 til 2016 var størst for Helse Nord.

Mens det for alle aldersgrupper samlet har vært en reduksjon i antallet dagbehandlinger 2012-2016, har det for aldersgruppen 67 -79 år har vært en økning på 16 prosent for Norge totalt, med stabilt nivå siste år. Veksten var størst for Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge med en vekst på i overkant av 20 prosent i begge regionene. Ved Vestre Viken HF økte nivået med nær 47 prosent 2012-2016 for denne aldersgruppen. I Helse Nord var nedgangen i antallet dagbehandlinger på 18 prosent i perioden sett under ett. Reduksjonen gjaldt særlig Universitetssykehuset i Nord-Norge HF og Helse Finnmark HF. For de eldste pasientene, 80 år og eldre, var det for landet samlet en liten vekst i antall dagbehandlinger fra 2012-2016. Og også for disse pasientene var det en vekst i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge, mens det var en tydelig reduksjon i Helse Nord.

⁵ Noe av denne endringen kan til dels skyldes endring registrering av aktivitet. I 2015 og 2016 ble en større andel polikliniske DRG-er, som tidligere var kodet med omsorgsnivå «innlagt», kodet med omsorgsnivå poliklinikk. Dette gjaldt særlig for OUS, hvor det var en reduksjon på over 14 500 innlagte 0-dags opphold fra 2014-2016. Det var samtidig en vekst i polikliniske konsultasjoner på i underkant av 50 000.

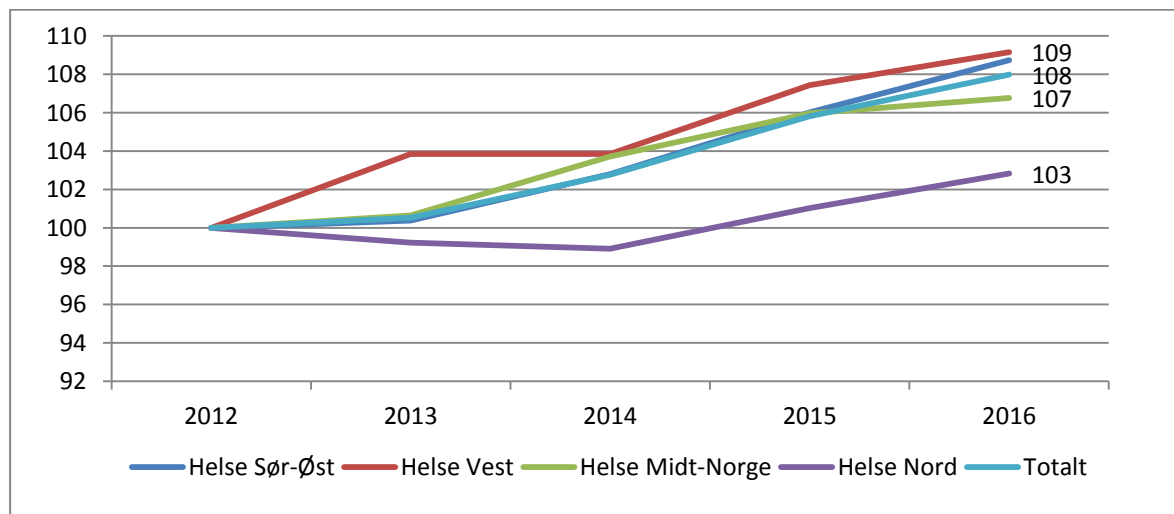
Utvikling i DRG-poeng

DRG⁶-poengene er et aktivitetsmål hvor det forsøkes å korrigere for at ulike helseforetak og sykehus har ulik pasientsammensetning. Dette gjøres ved å benytte kostnadsvektene som brukes i ISF-ordningen. Vektene uttrykker hva et opphold for en pasientgruppe (DRG) koster i gjennomsnitt, relativt til en annen pasientgruppe (annen DRG). Alle opphold og konsultasjoner ved sykehusene kan klassifiseres i DRG-systemet⁷. I dette avsnittet presenteres DRG-poeng hvor det er korrigert for systemendringer i Innsatsstyrt finansiering (ISF). Dette gjøres ved å tilpasse DRG-poengene for årene 2012-2015 til DRG-poengene i 2016, se avsnitt om datagrunnlag og metode for mer informasjon om hvordan dette gjøres.

I 2016 utgjorde DRG-poeng for døgnopphold nær 75 prosent av det totale antallet DRG-poeng, mens DRG-poeng knyttet til poliklinisk- og dagbehandling utgjorde henholdsvis nær 19 og 7 prosent.

Antall DRG-poeng samlet økte med 2,1 prosent siste år og drøyt 8 prosent i perioden 2012-2016. Helse Midt-Norge hadde en svak økning i DRG-poeng siste år, mens de andre regionene hadde en noe sterkere økning, som vist i figur 3. Helse Sør-Øst hadde omtrent samme veksttakt siste år som i perioden 2013-2015, mens Helse Vest hadde en noe lavere veksttakt siste år enn året før.

Figur 4 Utvikling i DRG-poeng korrigert for systemendringer etter region 2012-2016⁸ (2012=100).



Figur 5 og 6 viser utvikling i DRG-poeng etter behandlingsnivå henholdsvis for 2015-2016 og 2012-2016. Volummessig utgjør dagbehandling relativt få DRG-poeng. Volumet bak 1 prosentpoengs

⁶ Diagnoserelatert gruppe.

⁷ Episoder med manglende informasjon blir gruppert i en DRG for ikke-grupperbare (470). Det er også et lite antall episoder hvert år som ikke er gruppert i noen DRG.

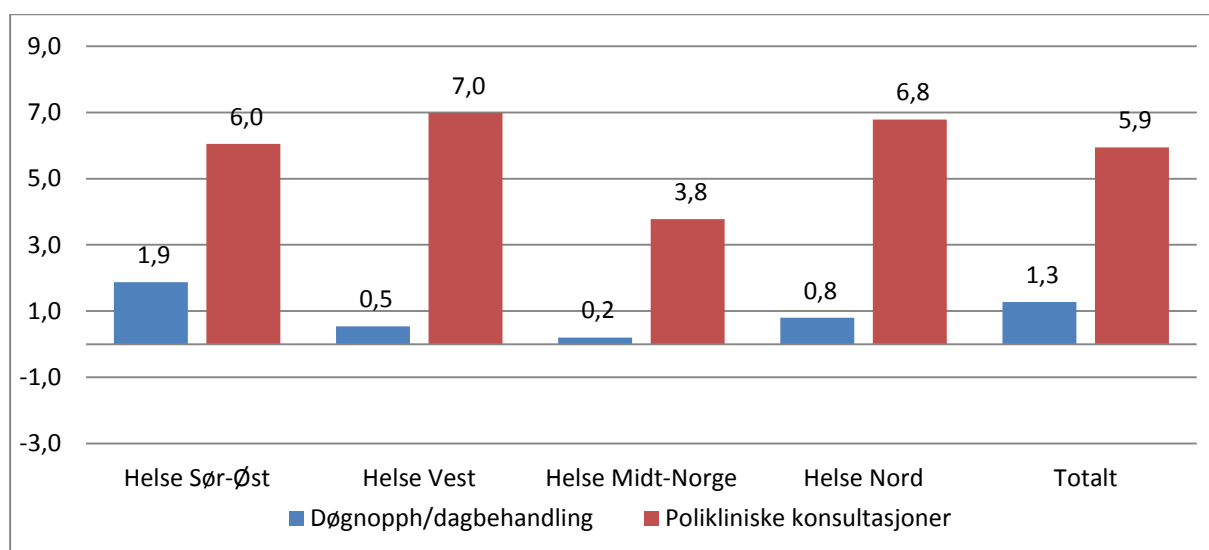
⁸ DRG-poeng for 2016 er korrigert for å ta hensyn til endringen i aggregeringsregler for polikliniske konsultasjoner i 2016.

Aktivitet, liggetid og gjennomstrømning i somatiske sykehus

endring er derfor vesentlig mindre for dagbehandling enn for døgnopphold og til dels også poliklinikk. Vi har derfor slått sammen døgnopphold og dagbehandling i figurene under.

Nivået av sum DRG-poeng økte både siste år og perioden under ett for landet samlet. Siste års utvikling var noe ulik mellom regionene. Når det gjelder DRG-poeng for døgn- og dagopphold var det en prosentvis økning i alle regionene. Det var også en vekst i sum polikliniske DRG-poeng i alle regionene, men med en lavere veksttakt i Helse Midt-Norge. Mindre vekst i Midt-Norge siste år var i samsvar med lavere vekst i antall polikliniske konsultasjoner.

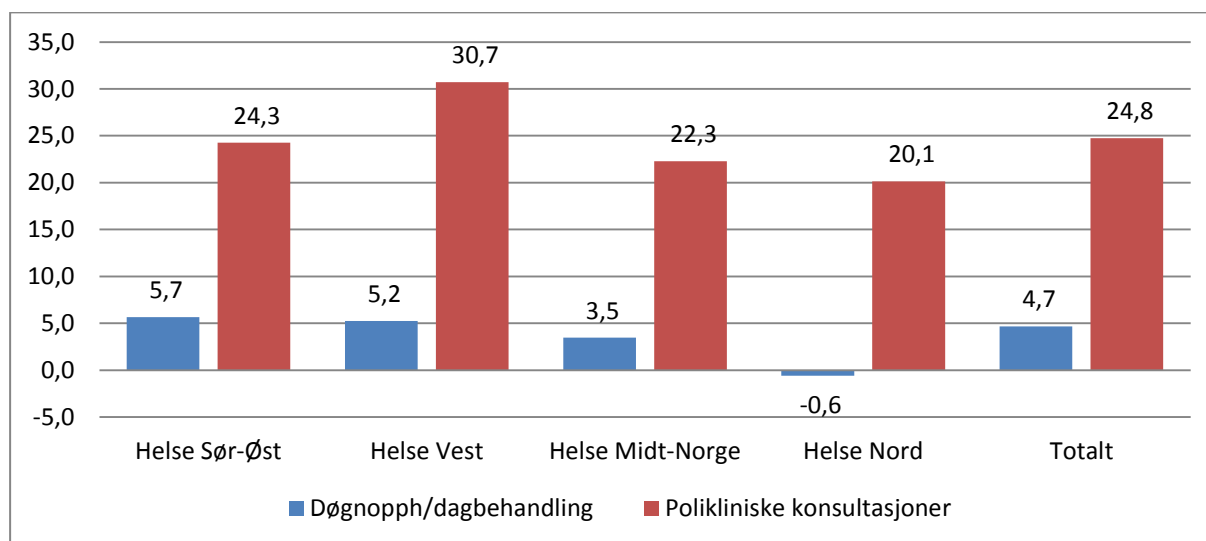
Figur 5 Prosentvis endring i DRG-poeng⁹ etter behandlingsnivå og region 2015-2016¹⁰.



I perioden fra 2012 til 2016 hadde alle regionene økt nivå av DRG-poeng knyttet til poliklinisk aktivitet. Denne utviklingen henger både sammen med en sterk økning i antall polikliniske pasienter og konsultasjoner i perioden, samtidig som en konsultasjon i gjennomsnitt ble mer ressurskrevende (se neste avsnitt). Nivået av DRG-poeng for døgn- og dagopphold har også økt i alle regionene, med unntak av Helse Nord. Helse Nord hadde i årene 2012-2016 et stabilt nivå av DRG-poeng for døgnopphold og et redusert nivå i DRG-poeng for dagopphold.

⁹ DRG-poeng korrigert for systemendringer i ISF.

¹⁰ DRG-poeng for polikliniske konsultasjoner er også korrigert pga. endringen i aggregeringsregler i 2016.

Figur 6 Prosentvis endring i DRG-poeng¹¹ etter behandlingsnivå og region 2012-2016.


Indikator for grad av ressurskrevende aktivitet

Hvor ressurskrevende aktiviteten ved sykehus er, kan måles på flere måter. I gjennomgangen her benyttes indeks for pasientsammensetning som angir gjennomsnittlig antall DRG-poeng per behandlingsepisode. Indeksen gir en indikasjon på hvor ressurskrevende oppholdene eller konsultasjonene er i gjennomsnitt. Indeksen er beregnet som sum DRG-poeng¹² dividert med sum opphold eller konsultasjoner.

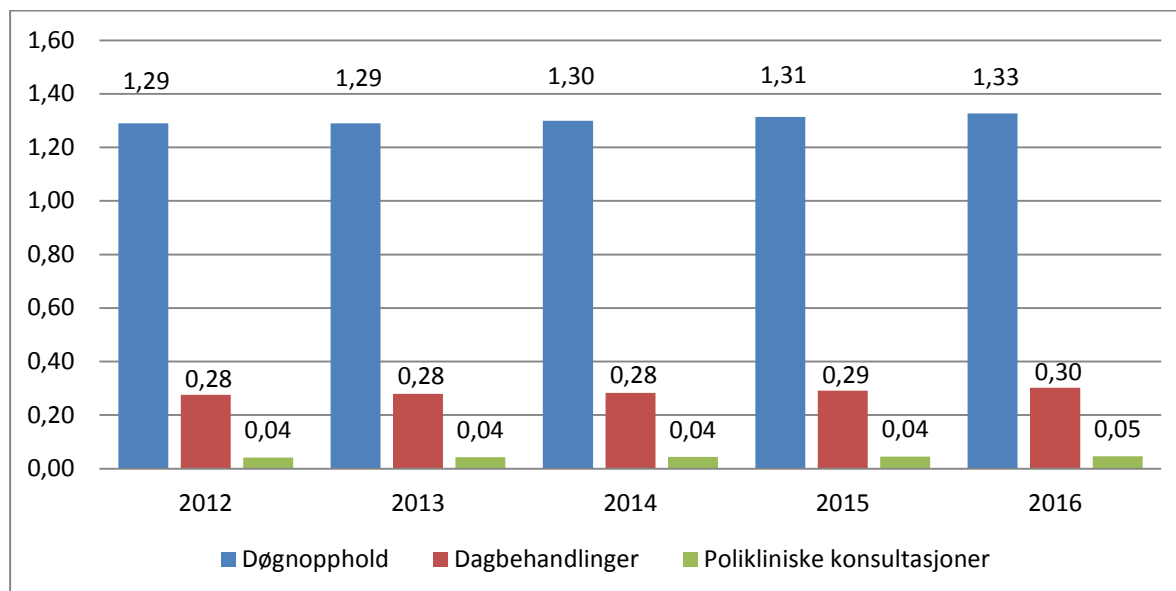
Som det fremgår av figur 7 har det vært et økende indekshnivå for alle de tre behandlingsnivåene siste fem år og herunder også siste år. Dette indikerer at pasientene i gjennomsnitt har blitt noe mer ressurskrevende disse årene, men samtidig må man være klar over at denne indeksen ikke fanger opp alle aspekter knyttet til pasientbehandling.

¹¹ DRG-poeng korrigeret for systemendringer i ISF.

¹² DRG-poeng korrigeret for systemendringer i ISF.

Aktivitet, liggetid og gjennomstrømning i somatiske sykehus

Figur 7 Indeks for pasientsammensetning etter behandlingsnivå 2012-2016.

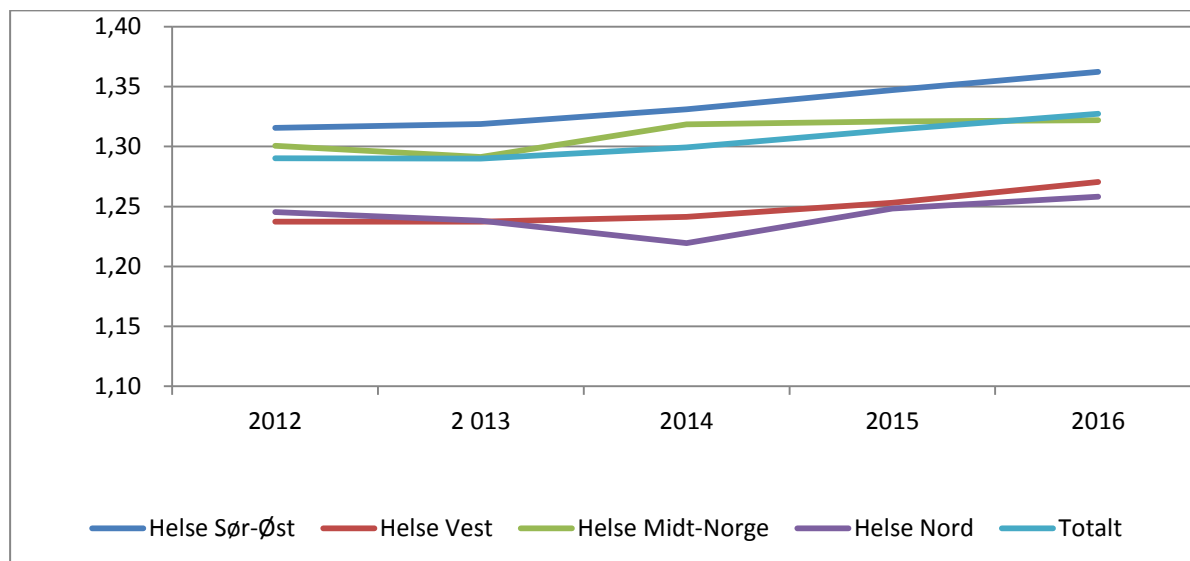


Figur 8 viser indeks for pasientsammensetning for døgnopphold etter region for årene fra 2012 til 2016. Helse Sør-Øst hadde i hele perioden den høyeste indeksen. Oslo universitetssykehus HF, som behandler mange pasienter og har et regionalt- og nasjonalt ansvar på mange områder, hadde i 2016 en indeks for døgnopphold på 1,80 mot landsgjennomsnittet på 1,33. Også andre helseforetak med regionale funksjoner har en høyere indeks enn landsnivået for døgnaktivitet. Variasjonen (maks – min) mellom helseregionene i pasientindeks for døgnopphold var større i 2016 enn i 2012, en endring som i hovedsak kom i fra 2013 til 2014. Tilsvarende tall for helseforetakene viser også en større differanse i 2016 sammenlignet med 2012, og dette har kommet gradvis i perioden.

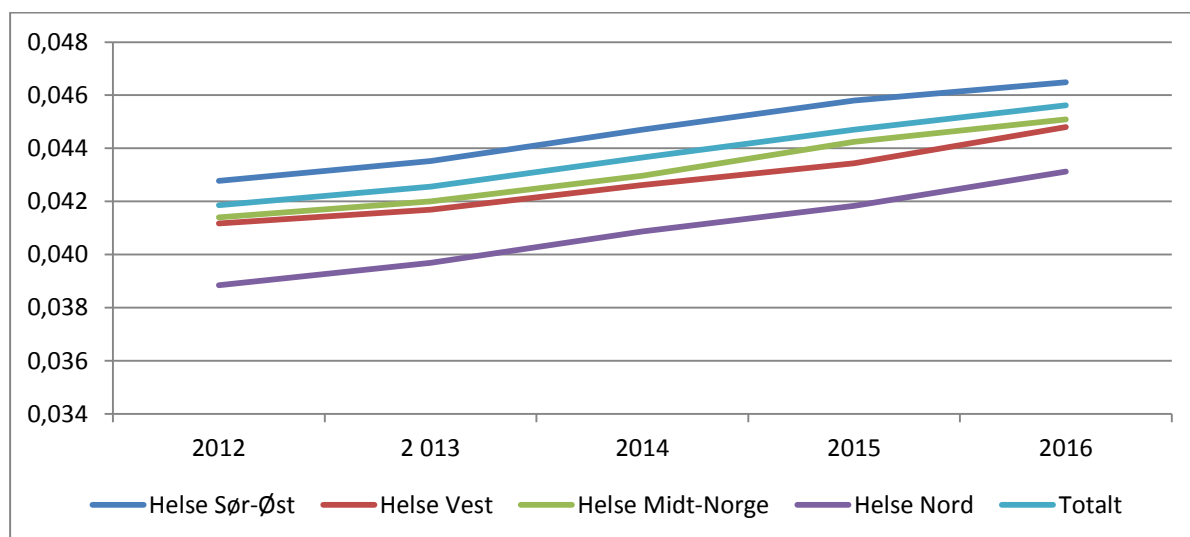
For poliklinikk var det en økning i indeks for alle regionene, se figur 9. Når det gjelder dagbehandling var pasientindeksen stabil de tre siste årene i Helse Midt-Norge, mens de andre regionene har hatt et økende nivå. Helse Sør-Øst hadde en vekst i indeksen for dagbehandling på i overkant av 5 prosent. Dette kan blant annet skyldes at andelen dagkirurgi var større i 2016 enn i 2015¹³. Indeksen for dagbehandling ved St. Olavs Hospital var relativt høy på 0,35 mot 0,30 på nasjonale nivå. Dette skyldes blant annet at dagkirurgi utgjorde en større andel av dagbehandlingen ved dette helseforetaket. Variasjon mellom regionene i pasientindeksen både for dagbehandling og poliklinikk holdt seg relativt stabil i perioden 2012-2016.

¹³ Fra 2015 var det en reduksjon på over 5 000 medisinske dagbehandlinger i Helse Sør-Øst, mens antall dagkirurgiske økte med i overkant av 4 000.

Figur 8 Indeks for pasientsammensetning for døgnopphold etter region 2012-2016.



Figur 9 Indeks for pasientsammensetning for poliklinikk etter region 2012-2016.



Gjennomstrømning av pasienter

All virksomhet bør ha et kontinuerlig fokus på forbedring av arbeidsprosesser for å sikre en til hver tid mest mulig effektiv drift. Dette er også gjeldende for sykehusvirksomhet, og det finnes mange eksempler på lokalt forbedringsarbeid som har til hensikt å bidra til mer ressurseffektiv drift. Videre gis det også føringer fra sentralt hold hvor det stilles krav til forbedringer og effektiviseringer av virksomhetene. Det å ha en god pasientgjennomstrømning vil derfor være viktig, med verken for få eller for mange eller for lange episoder for pasientene.

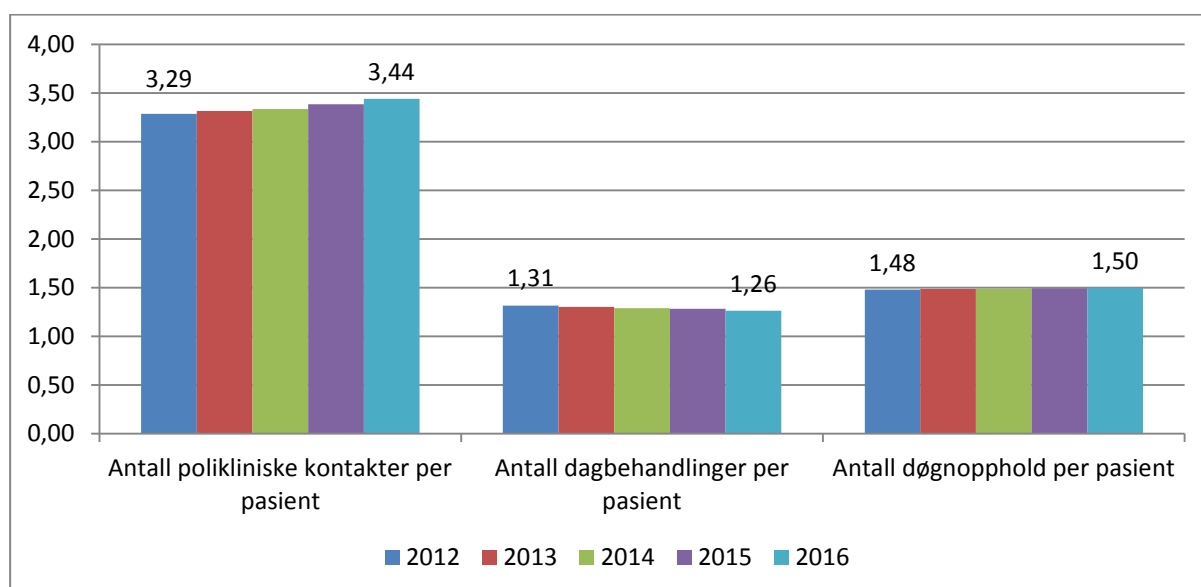
Aktivitet, liggetid og gjennomstrømning i somatiske sykehus

I dette avsnittet ses det nærmere på noen indikatorer for pasientgjennomstrømning, som opphold eller konsultasjoner per pasient og andel nye pasienter i poliklinikkene. Vi kan ikke angi hva som er riktig nivå på disse størrelsene, men utviklingstrekk og nivåforskjeller kan gi grunnlag for å stille spørsmål om dette er som ønsket. Dette kan være utgangspunktet for nærmere undersøkelser i enkelte virksomheter eller områder.

Antall opphold og kontakter per pasient

I figur 10 vises antall døgnopphold, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner¹⁴ per pasient på nasjonalt nivå. Det var en fortsatt vekst i polikliniske konsultasjoner per pasient det siste året, og en nedgang i antall dagbehandlinger per pasient. Antall døgnopphold per pasient økte svakt det siste året og i perioden 2012-2016.

Figur 10 Gjennomsnittlig antall opphold og konsultasjoner per pasient 2012-2016.



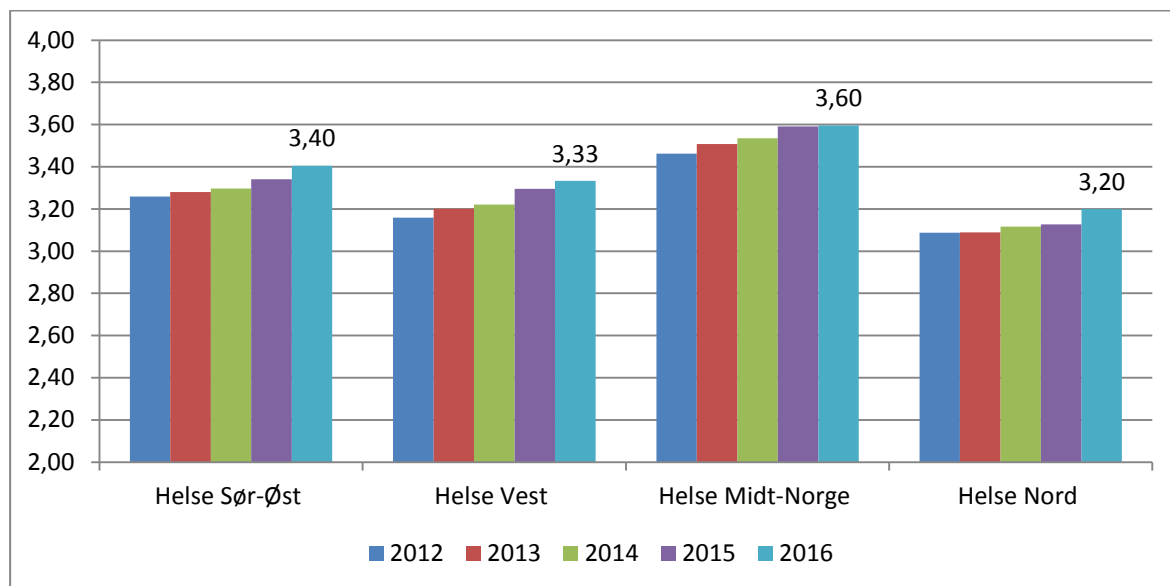
Helse Midt-Norge holdt stabilt nivå for antall polikliniske konsultasjoner per pasient fra 2015 til 2016, mens de andre tre regionene hadde en vekst, som vist i figur 11. Helse Midt-Norge har i hele perioden et høyere nivå mht. konsultasjoner per pasient sammenlignet med de andre regionene, og innad i regionen gjelder dette særlig for St. Olavs Hospital HF.

Både nivå på og utvikling i konsultasjoner per pasient vil kunne skyldes flere forhold, som f.eks. pasientsammensetningen ved virksomheten, omfang i bruk av private sykehus, avtalespesialister og

¹⁴ Antall konsultasjoner i 2016 er estimert på grunn av endring i aggregeringsregler for konsultasjoner samme dag for samme pasient.

kommunale tilbud. Det har imidlertid ikke vært innenfor rammen av dette arbeidet å se nærmere på disse aspektene.

Figur 11 Gjennomsnittlig antall polikliniske konsultasjoner per pasient etter region 2012-2016.



Økningen i antall døgnopphold per pasient siste år var det i hovedsak Helse Sør-Øst og Helse Vest som bidro til. Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde et mer stabilt nivå. Helse Nord hadde i hele perioden noe høyere nivå enn de andre regionene. For de to eldste aldersgruppene var antall døgnopphold per pasient stabilt siste året for Norge totalt. For perioden sett under ett var det en liten økning for pasienter på 80 år og eldre.

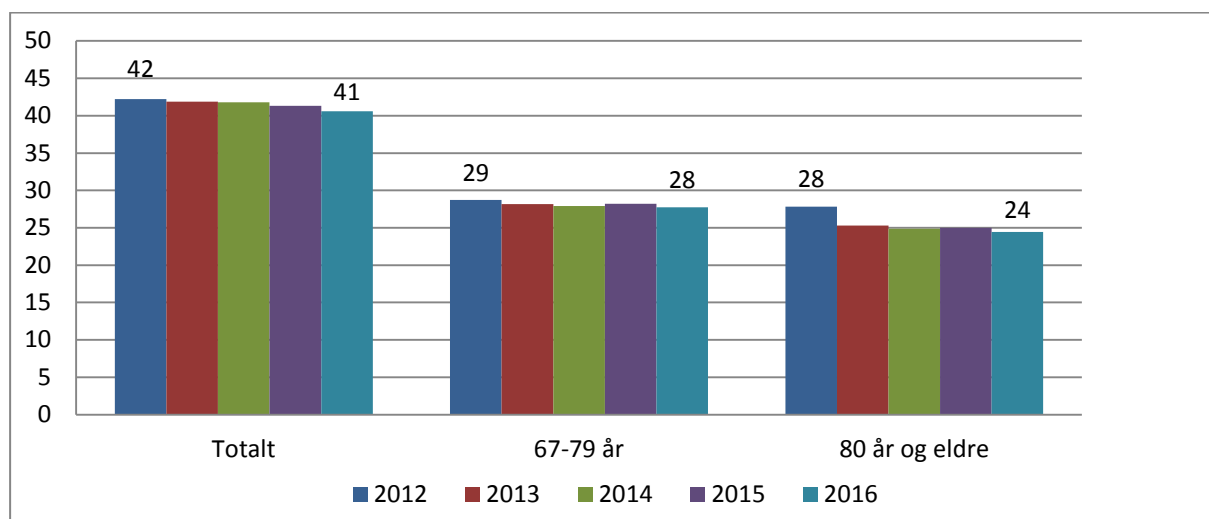
Andel nye polikliniske pasienter

I dette avsnittet ser vi nærmere på hvor stor andel av pasientene i poliklinikk et gitt år som ikke var i kontakt med poliklinikken året før. Det er flere faktorer som trekker i ulik retning inn mot denne størrelsen. Eksempelvis vil mer ressurs- og behandlingskrevende pasienter kunne medføre behov for flere konsultasjoner per pasient og dermed bidra til lavere andel nye pasienter. På den annen side vil en økende overføring av aktivitet til primærhelsetjenesten, ved at flere pasienter får sin oppfølging av f.eks. sin fastlege, kunne bidra til høyere nivå på andel nye pasienter i poliklinikkene.

Figur 12 og figur 13 viser andel nye pasienter på poliklinikkene hhv. for Norge totalt etter alder og for aldersgruppene samlet etter region. Totalt for alle aldre og begge aldersgruppene var det på nasjonalt nivå en liten nedgang i andel nye pasienter både i perioden 2012-2016 og siste år. For aldersgruppen 80 år og eldre var nedgangen i andelen nye pasienter relativt stor fra 2012 til 2013, men holdt deretter et mer stabilt nivå.

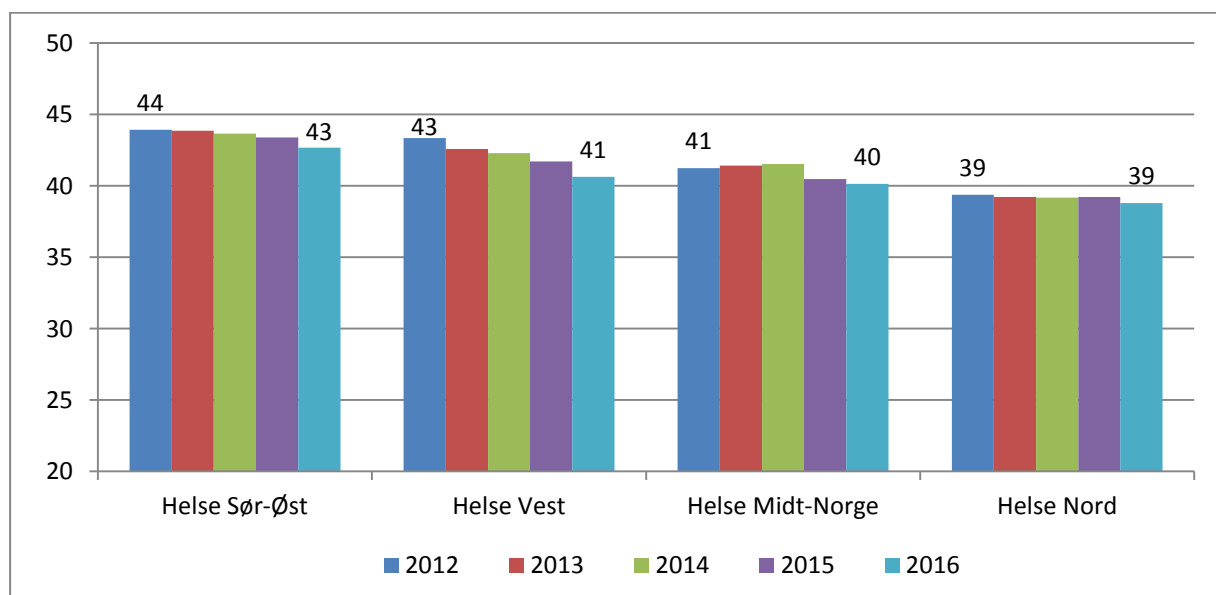
Aktivitet, liggetid og gjennomstrømning i somatiske sykehus

Figur 12 Andel nye pasienter på poliklinikkene etter alder for Norge totalt 2012-2016.



Utviklingen i andel nye pasienter på poliklinikkene varierer noe mellom regionene. For alle regionene var andelen nye pasienter noe lavere i 2016 enn i 2012. På nasjonalt nivå var det likevel flere (som andel av befolkningen) som var innoom poliklinikken i 2016 enn i 2012. Helse Midt-Norge hadde en liten økning i andel nye polikliniske pasienter fra 2012 til 2014, men hadde en reduksjon de to siste årene. Helse Nord har i hele perioden et lavere nivå enn de andre regionene, mens Helse Sør-Øst har det høyeste nivået. Helse Vest og Helse Midt-Norge hadde mest nedgang i andel nye pasienter på poliklinikkene for de eldste pasientgruppene.

Figur 13 Andel nye pasienter på poliklinikkene etter region (alle aldre) 2012-2016.



Gjennomsnittlig liggetid

Liggetid korrigert for overføringer totalt og for eldre pasienter

Det har vært et uttalt helsepolitisk mål at kommunene skal ta en større del av oppfølgingen av pasientene. Pasientene skal behandles på laveste effektive omsorgsnivå, der dette er forsvarlig og dermed frigjøre resurser i spesialisthelsetjenesten. I tillegg til tydelige politiske mål og virkemiddel¹⁵ har medisinsk teknologisk utvikling de senere år bidratt til behandlingsmetoder som gir en mer effektiv pasientbehandling.

I perioden fra 2012 til 2016 har gjennomsnittlig liggetid for totalbefolkningen blitt redusert med 0,3 dager, mens sum liggedager har blitt redusert med i overkant av 4 prosent. Noe av nedgangen kan knyttes til redusert liggetid for utskrivningsklare pasienter. Reduserte liggetider har imidlertid vært trenden i flere tiår, og dermed også i årene før innføring av samhandlingsreformen i 2012.

Siste år gikk gjennomsnittlig liggetid svakt ned, hvor liggetid etter kirurgisk behandling ble noe redusert, mens døgnopphold med medisinsk behandling hadde tilnærmet uendret liggetid.

Variasjonen¹⁶ mellom helseforetakene¹⁷ i gjennomsnittlig liggetid var svakt større i 2016 enn i 2015, og økningen i variasjon gjaldt både ved medisinsk og kirurgiske døgnopphold. Reduksjon i gjennomsnittlig liggetid var sterkest i Helse Vest både i perioden 2012-2016 og siste år. Helse Vest hadde i 2012 et høyere nivå enn de andre regionene i gjennomsnittlig liggetid, og nedgangen i perioden bidro til at Helse Vest nærmet seg nasjonalt nivå, se figur 14. Nedgangen i liggetid var særlig tydelig ved Helse Stavanger HF, men også Helse Bergen HF hadde redusert nivå.

Det fremkommer også av figur 14 at utviklingen i liggetid siste 2-3 år er ulik i regionene, hvor gjennomsnittlig liggetid i Helse Midt-Norge og Helse Nord flater ut, mens de to andre regionene fortsetter med reduksjon gjennom hele perioden.

Reduksjon i liggetid var i perioden 2012 til 2016 større for de eldste pasientene enn for de yngste. Både for aldersgruppen 67 til 79 år og for pasientene på 80 år og over ble gjennomsnittlige liggetid redusert med 0,5 dager i perioden. For pasientene mellom 16 og 67 var nedgangen mindre, og nivået var tilnærmet uendret for pasienter under 16 år.

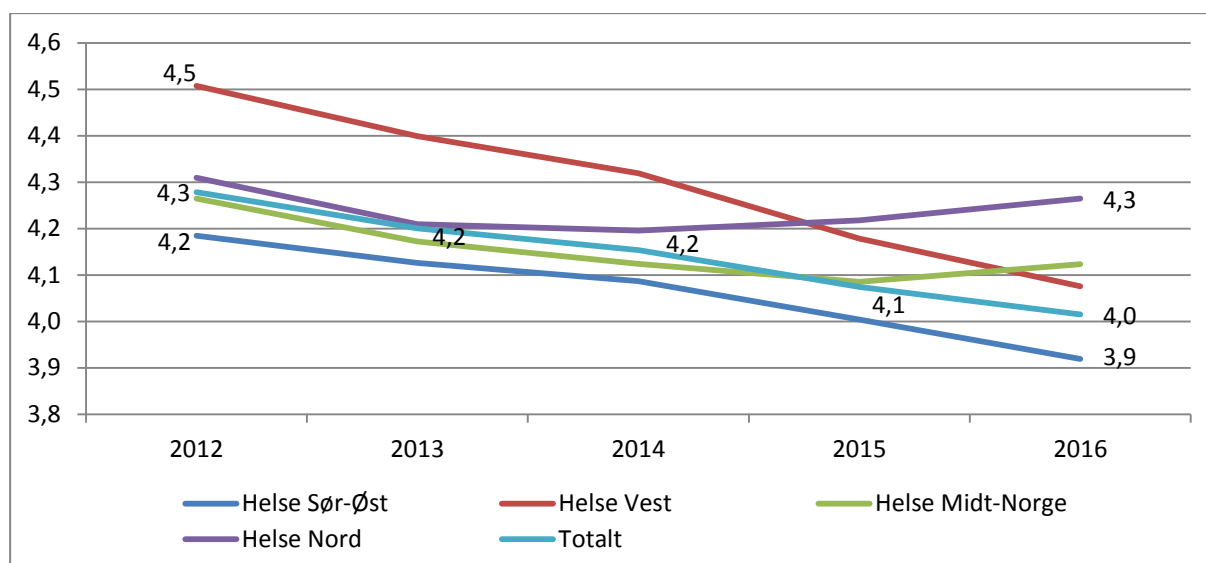
¹⁵ Blant annet kommunal med finansiering av utskrivningsklare pasienter. Der utskrivningsklare pasienter er definert som pasienter som er ferdigbehandlet på sykehus, men som har behov for et kommunalt tjenestetilbud etter utskrivning.

¹⁶ Variasjonskoeffisient (Standardavvik/gjennomsnitt). Multiplisert med 100 uttrykker denne prosent variasjon mellom helseforetakene.

¹⁷ Sunnaas sykehus HF, Revmatismesykehuset, Haraldsplass diakonale sykehus, Haugesund sanitetsforening revmatismesykehus og Betanien Bergen er ekskludert.

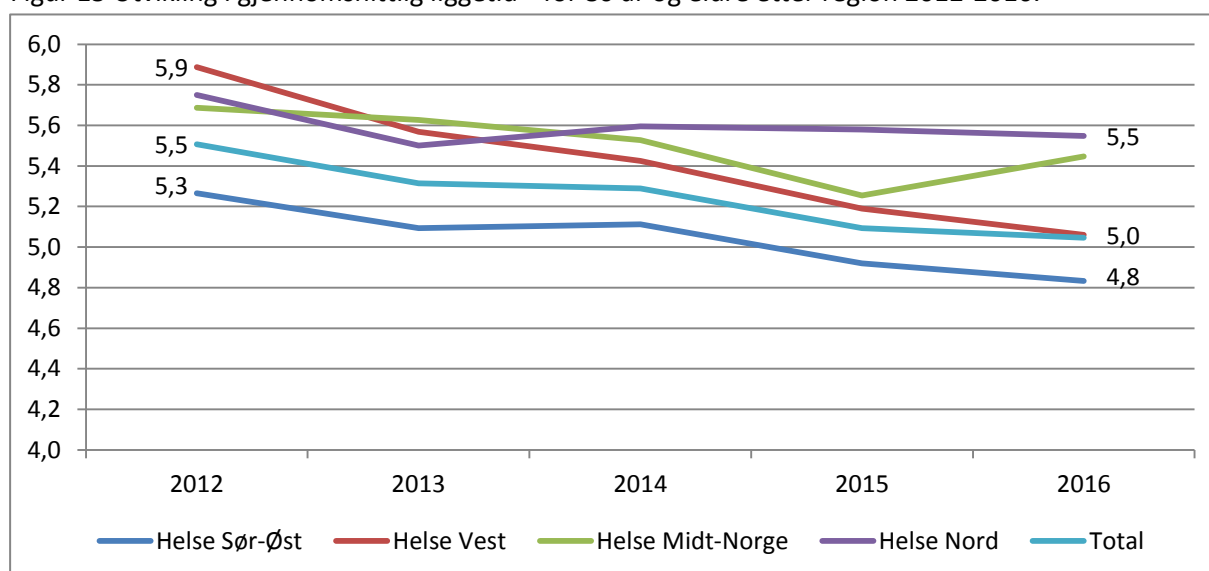
Aktivitet, liggetid og gjennomstrømning i somatiske sykehus

Figur 14 Utvikling i gjennomsnittlig liggetid¹⁸ etter region 2012-2016



Både for de yngre eldre (67-79 år) og for de eldste pasientene (80 år+) var reduksjonen i gjennomsnittlig liggetid størst ved Helse Vest. Helse Vest hadde i 2012 det høyest nivået av liggetid for pasienten over 80 år, og hadde omtrent samme nivå som for landet samlet i 2016. Reduksjonen kan blant annet knyttes til redusert liggetid for utskrivningsklare pasienter, der nedgang i liggetiden etter meldt utskrivningsklar er en effekt av ordningen med kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter.

Figur 15 Utvikling i gjennomsnittlig liggetid¹⁹ for 80 år og eldre etter region 2012-2016.



¹⁸ Korrigert for overføringer.

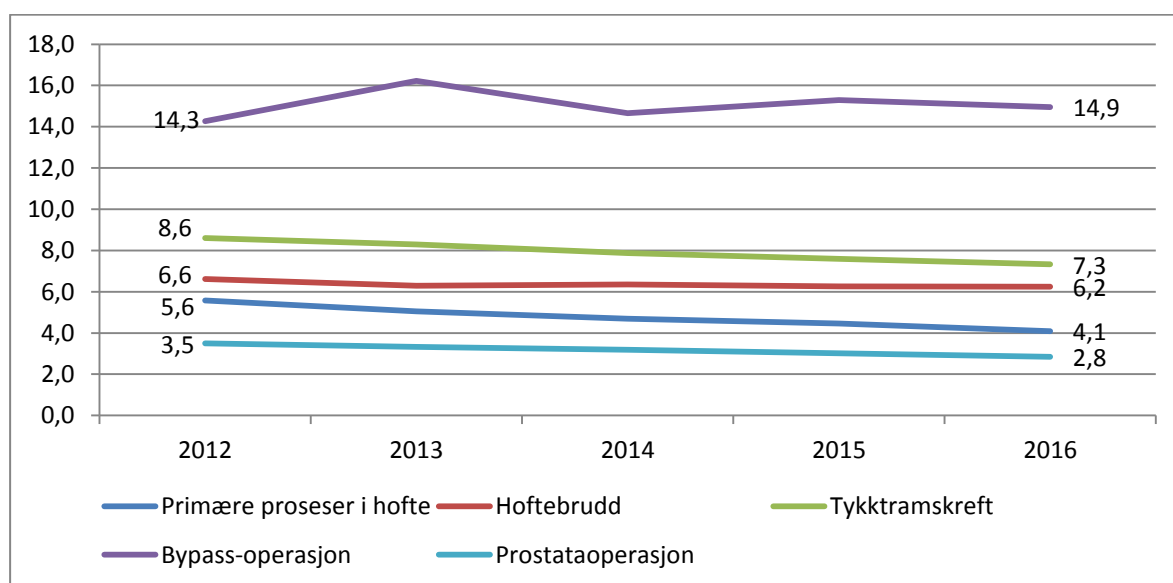
¹⁹ Korrigert for overføringer.

Liggetider for utvalgte pasientgrupper

I dette avsnittet presenteres forskjeller i liggetid for noen utvalgte pasientgrupper, disse er: primære hofteprotese-operasjoner, operasjoner av hoftebrudd, opphold for tykktarmskreft, bypass-operasjoner og prostataoperasjoner. Datateknisk definisjon av pasientgruppene finnes i avsnitt om datagrunnlag og metode.

Figur 16 viser utviklingen i gjennomsnittlig liggetid i perioden 2012-2016 for de utvalgte pasientgruppene. Med unntak av hoftebrudd har alle gruppene redusert liggetid siste år. Siste fem år var det en reduksjon i liggetiden for alle pasientgruppene, med unntak av bypass-pasienter.

Figur 16 Utvikling i gjennomsnittlig liggetid²⁰ etter pasientgrupper 2012-2016²¹.



For pasienter som har fått innsatt primær hofteprotese har gjennomsnittlig liggetid gått noe ned hvert år i perioden. Siste år var det stabilt nivå for Helse Midt-Norge, mens de andre regionene hadde redusert nivå. Helse Nord og Helse Vest hadde høyest nivå gjennom hele perioden. Helse Nord hadde en reduksjon på 2,5 dager fra 2012-2016 og hadde i 2016 et lavere nivå enn Helse Vest.

Gjennomsnittlig liggetid ved hoftebrudd ble noe redusert 2012-2013, men forble relativt stabil de siste 4 årene. Pasientens gjennomsnittsalder for døgnopphold ved hoftebrudd er høy²², og nedgangen i liggetid tidlig i perioden kan henge sammen med innføring av samhandlingsreformen og redusert nivå av utskrivningsklare liggedager. Nivået på liggetid for denne pasientgruppen var høyest for Helse Midt-Norge og Helse Nord. Helse Sør-Øst har det laveste nivået gjennom hele perioden. Det

²⁰ Korrigert for overføringer.

²¹ Det ble oppdaget en feil i beregning av liggetid for hoftebrudd i figur 16. Denne figuren ble oppdatert 07.03.2018.

²² Gjennomsnittsalderen var på 82 år i 2016.

Aktivitet, liggetid og gjennomstrømning i somatiske sykehus

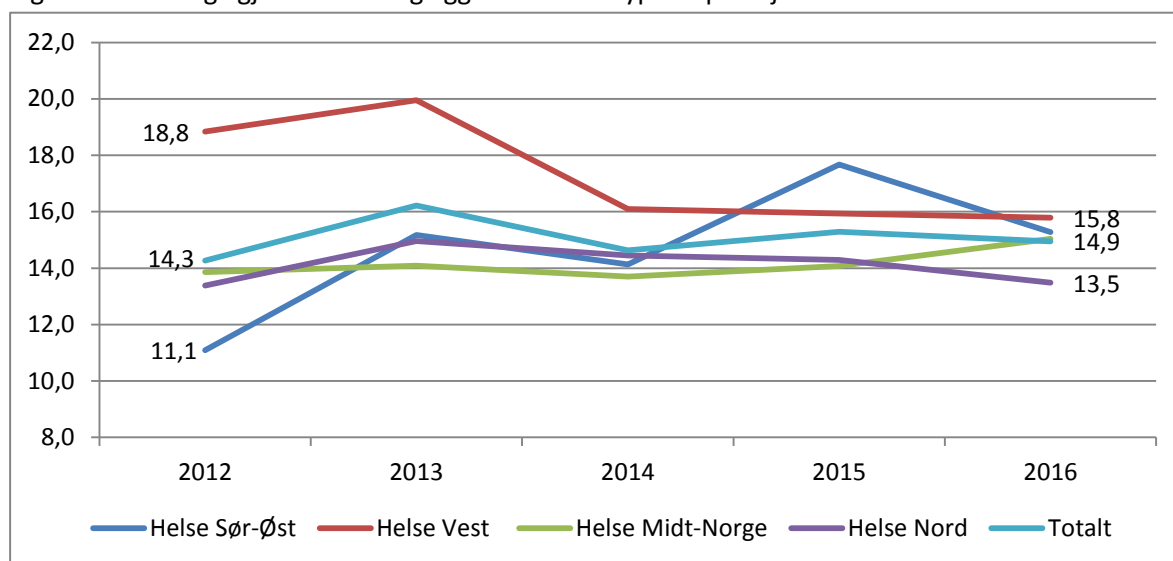
var en liten økning i liggetid i Helse-Midt Norge siste år, hvor Helse Møre og Romsdal HF økte med i overkant av 1 liggedag i gjennomsnitt.

Liggetiden i forbindelse opphold for tykktarmskreft har for landet samlet redusert nivå både det siste året og i 5-årsperioden. I perioden 2012-2016 ble gjennomsnittlig liggetid redusert med 1,3 dager og liggetiden var 7,3 dager i 2016. Utviklingen varierte mellom helseregionene og helseforetakene. Helse Midt-Norge og Helse Nord økte liggetiden med omtrent en halv dag siste år, mens Helse Sør-Øst og Helse Vest hadde redusert nivå, med hhv. en halv og en dag. Ved St. Olavs Hospital HF lå pasientene i 11,2 liggedager i gjennomsnitt i forbindelse med tykktarmskreft i 2016, dette var 1,7 flere dager enn i 2015. Helse Vest var den regionen med lengst liggetid for pasientgruppen i 2012, men gjennomsnittlig liggetid ble redusert med 2,2 dager og regionen hadde lavere nivå enn landet samlet i 2016.

For Norge totalt gikk gjennomsnittlig liggetid etter bypassoperasjoner ned det siste året, men pasientene lå i gjennomsnitt svakt lengre i 2016 enn i 2012. Bypass-operasjoner utføres kun på de mest spesialiserte sykehusene og variasjon mellom regionene gjenspeiler variasjon mellom disse enhetene. Helse Vest reduserte gjennomsnittlig liggetid med i overkant av 3 dager i perioden 2012-2016, mens gjennomsnittlig liggetid økte med i overkant av 4 dager i Helse Sør-Øst i samme periode. Helse Nord hadde i 2016 et lavere nivå enn de andre regionene. Variasjonen mellom helseforetakene i gjennomsnittlig liggetid etter bypass-operasjoner har blitt betydelig redusert. Dette fremgår av figur 17 og 18.

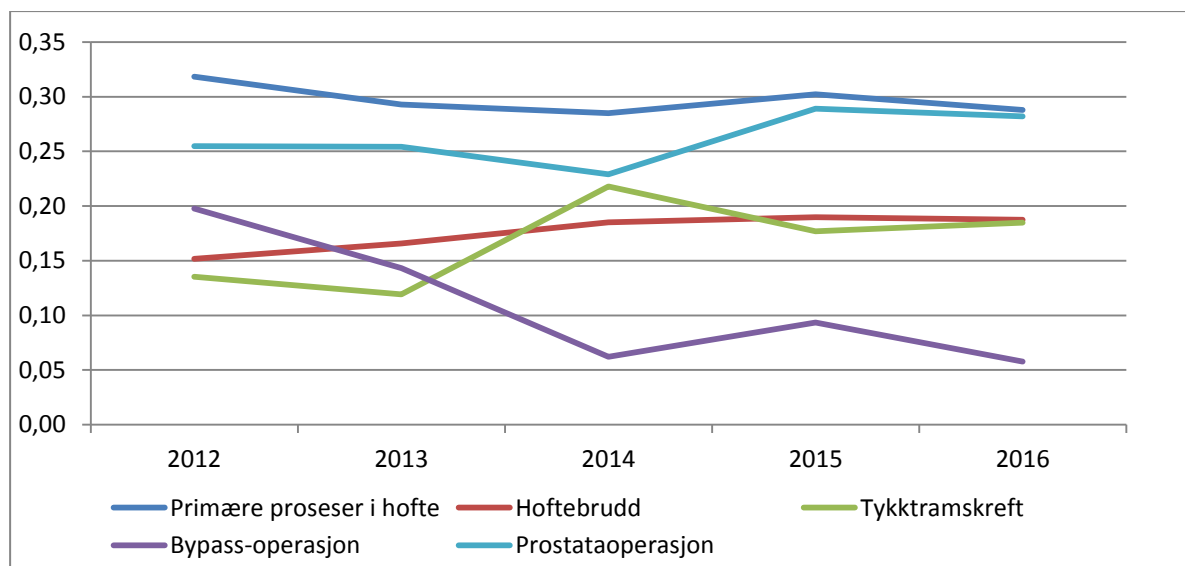
Det var en nedgang i liggetid i forbindelse med prostata-operasjon både siste år og perioden 2012-2016 i alle regionene, med unntak av i Helse Midt-Norge. Helse Midt-Norge hadde et relativt stabilt nivå i perioden og hadde med 3,2 dager i 2016 et høyere nivå enn de andre regionene. Variasjonen mellom helseforetakene var høyere de to siste årene enn tidligere i perioden.

Figur 17 Utvikling i gjennomsnittlig liggetid²³ etter bypassoperasjon 2012-2016.



Figur 18 viser mål på variasjon i gjennomsnittlig liggetid mellom de ulike helseforetakene²⁴. For pasientgruppene hoftebrudd, tykktarmskreft og prostataoperasjon var variasjonen i gjennomsnittlig liggetid større i 2016 enn i 2012.

Figur 18 Variasjonskoeffisient²⁵ for gjennomsnittlig liggetid mellom helseforetakene 2012-2016.



²³ Korrigert for overføringer.

²⁴ Sunnaas sykehus HF, Revmatismesykehuset as, Lovisenberg diakonale sykehus, Martina Hansen Hospital, Betanien Hospital, Haraldsplass diakonale sykehus, Haugesund sanitetsforening revmatismesykehus og Betanien Bergen er ekskludert. For prostata-operasjoner var Diakonhjemmet sykehus også ekskludert i tillegg. For bypass-operasjoner er det aktivitet ved fire regionale helseforetak.

²⁵ Variasjonskoeffisient (Standardavvik/gjennomsnitt). Multiplisert med 100 uttrykker denne prosent variasjon mellom helseforetakene.

Aktivitet, liggetid og gjennomstrømning i somatiske sykehus

Variasjon i liggetid for opphold med tykktarmskreft økte noe fra 2013 til 2014, og hadde deretter et redusert nivå. For alle pasientgruppene, med unntak av bypass, var variasjon mellom helseforetakene omtrent uendret siste år.

Opphold med lange liggetider

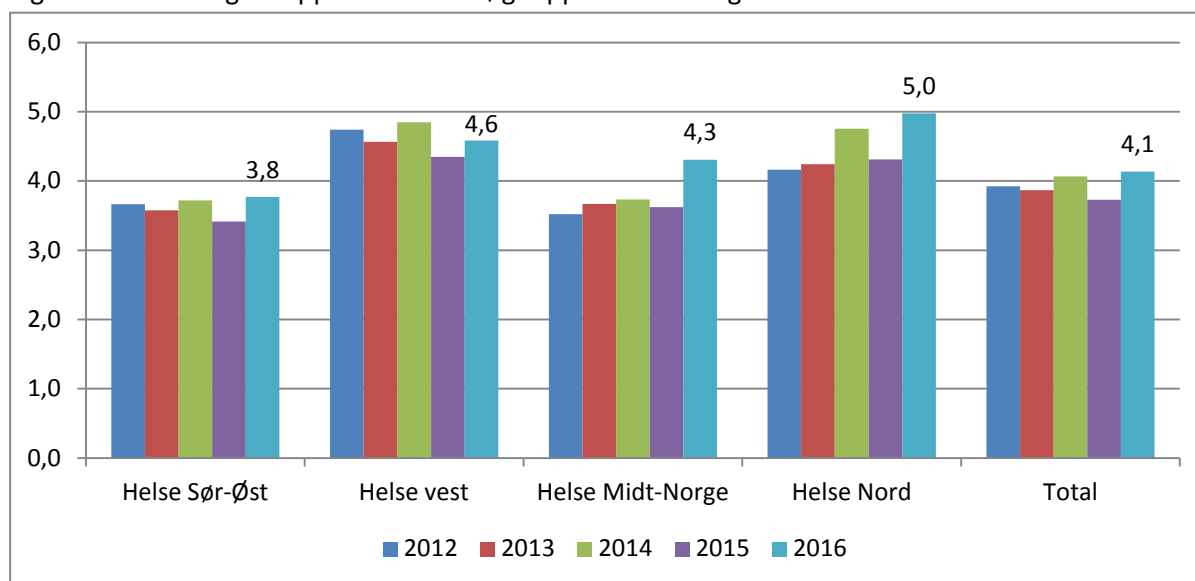
Et *langtidsopphold* er definert som et opphold med varighet ut over en øvre liggetidsgrense²⁶, omtalt som trimpunkt, for den enkelte DRG. Antall langtidsliggedøgn er summen av alle liggedøgn over trimpunktet, dvs. samlet liggetid minus trimpunkt. Hensikten med å utarbeide data for dette er å følge med på utviklingen i omfanget av langtidsaktivitet.

Alle regionene hadde en økning siste år både i antallet langtidsopphold og hvor stor andel denne typen opphold utgjorde av det totale antallet døgnopphold. Veksten i antall langtidsopphold siste år var sterkest i Helse Midt-Norge med nær 20 prosent, mens Helse Vest lå i andre enden med drøyt 5 prosent økning i langtidsopphold. Nivået av langtidsopphold har variert noe i perioden 2012-2016, som vist i figur 19. Helse Vest og Helse Nord har i hele perioden hatt en større andel sammenlignet med de to andre regionene.

Selv om andelen langtidsopphold økte fra 2015 til 2016, har andelen langtidsliggedøgn på nasjonalt nivå holdt seg på et stabilt nivå. Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde mest økning i andel langtidsopphold siste år. Disse regionene hadde også en liten økning i andel langtidsliggedøgn og utgjorde de regionene med høyest nivå i 2016. Ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF var andelen langtidsliggedøgn på 10,2 prosent, mot 7,1 prosent for landet samlet.

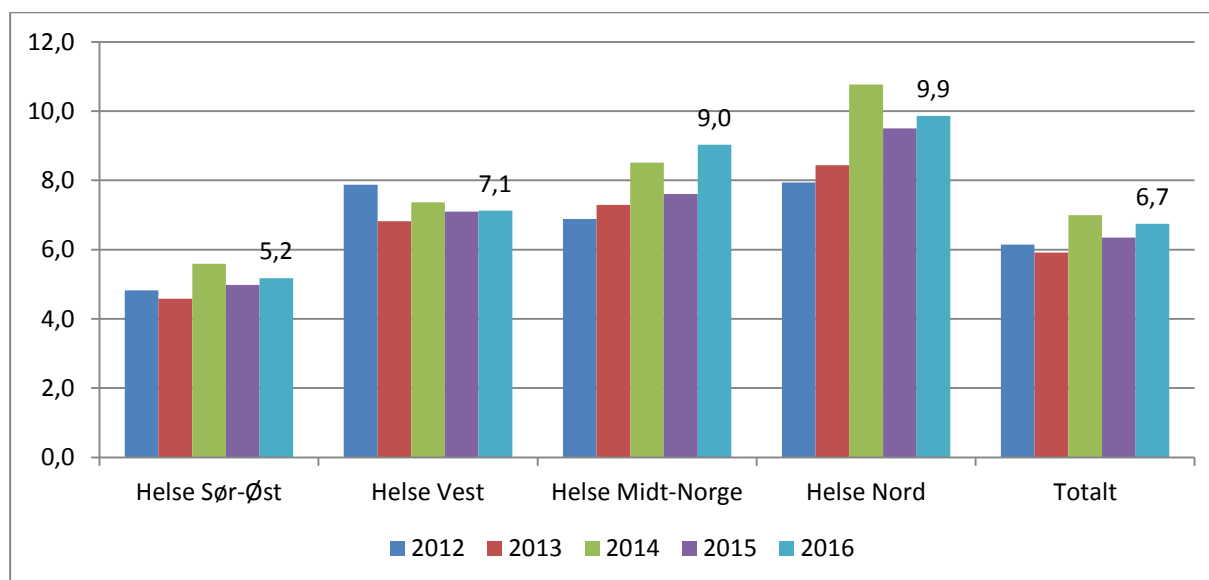
²⁶ Trimpunktet er en statistisk fastsatt øvre liggetidsgrense for den aktuelle DRG-en.

Figur 19 Andel langtidsopphold av alle døgnopphold etter region 2012-2016.



For de eldste pasientene, 80 år og eldre, var det en økning både i andel langtidsopphold og langtidsliggedager for landet samlet 2015-2016. Helse Vest hadde en liten reduksjon i andel langtidsopphold og hadde stabilt nivå av langtidsliggedager siste år.

Figur 20 Andel langtidsliggedøgn av alle liggedøgn for pasienter 80 år og eldre etter region 2012-2016.



Helse Nord og Helse Midt-Norge har i 2016 et noe høyere nivå av andel langtidsopphold for pasienter 80 år og eldre enn Helse Vest og Helse Sør-Øst. I 2016 hadde Helse Nord en andel langtidsopphold på 7,2 prosent, mens den var på 4,5 prosent i Helse Sør-Øst i samme tidsrom. Variasjonen mellom regionene med tanke på andel langtidsopphold holdt seg relativt stabil i perioden 2012-2016.

Aktivitet, liggetid og gjennomstrømning i somatiske sykehus

Når det gjelder andel langtidsliggedager var det noe mer variasjon²⁷ mellom regionene i 2016 enn i 2012. Det var også en relativ stor forskjell i nivå mellom regionene. Helse Nord og Helse Midt Norge hadde en andel på henholdsvis 9,0 og 9,9 prosent, mens Helse Sør-Øst hadde en andel på 5,2 prosent. Helse Nord og Helse Midt-Norge har sammenlignet med de to andre regionene en relativt mye høyere gjennomsnittlig liggetid for opphold der pasientene er meldt utskrivningsklar utskrivningsklare²⁸. Utviklingen med økt nivå av langtidsliggedager siste år for pasienter 80 år og eldre samsvarer også med utviklingen i liggedager for utskrivningsklare pasienter.

Datagrunnlag og metode

Datagrunnlaget for notatet er rapporterte pasientdata til Norsk pasientregister (NPR), som omfatter offentlig finansierte behandlingsepisoder ved helseforetak i Norge. Datagrunnlaget omfatter ikke private sykehus, Oslo legevakt, Bergen legevakt og Rusakutten ved Bergen legevakt. Vi gjør oppmerksom på at antall episoder (opphold og konsultasjoner) som benyttes i SAMDATA-analyser ikke er identisk med antall episoder som danner grunnlag for ISF-refusjon. Definisjon av behandlingsnivå/omsorgsnivå er tilsvarende fjorårets definisjon. For nærmere beskrivelse av definisjoner og datagrunnlag se: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata#definisjoner-i-samdata-spesialisthelsetjenesten>.

Aktivitet

Vi presenterer aktivitet etter tredelingen: døgnopphold, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. I tallene for døgnopphold vil det være noen opphold med 0 liggedager. Dette er opphold som faller inn under døgnrehabilitering. I noen visninger velger vi å ikke presentere tall for dagbehandling. Volummessig er det færre dagbehandlinger enn døgnopphold og polikliniske konsultasjoner. Kombinert med endringer i registreringspraksis ved enkelte foretak gir dette større prosentvis endring, som til dels ikke er reell. Antall polikliniske konsultasjoner i 2016 er estimert på grunn av endring i aggregeringsregler for konsultasjoner samme dag for samme pasient.

DRG- poeng og indeks for pasientsammensetning:

Kostnadsvektene uttrykker hva en episode i en DRG (diagnoserelatert gruppe) koster i gjennomsnitt, relativt til opphold i andre DRG-er. Alle opphold og konsultasjoner kan klassifiseres i DRG- systemet. DRG-poeng er en sum av kostnadsvekter for en gruppe episoder. DRG-poeng kan benyttes som et grovt mål på case-mix og gjør det mulig å sammenligne aktivitet og ressursbruk for ulike pasientgrupper. DRG-poeng som presenteres i dette notatet er korrigert for systemendringer i ISF-ordningen. Dette er gjort ved å korrigere DRG-poengene for årene 2012-2015 slik at de er sammenlignbare, så langt det lar seg gjøre, med DRG-poengene i 2016. Korreksjonen er basert på

²⁷ Variasjonskoeffisient (Standardavvik/gjennomsnitt). Multiplisert med 100 uttrykker denne prosent variasjon mellom helseforetakene.

²⁸ Notat helsedirektoratet 01/2016: *Stabil andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter siste år.*



årlige regrupperinger av ISF-data, og er gjort separat per helseforetak for døgnopphold, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. I 2016-data hadde opphold som ikke er ISF-godkjent fått en korrigeret vekt lik 0. Som en tilpasning for best å kunne sammenligne med tidligere år benyttet vi *vekt* hvis *korrigeret vekt* var 0 eller manglet. Det ble gjort ekstra tilpasning for noen DRGer (langtidsopphold, rehabilitering og gruppetimer). DRG-poeng for poliklinikk er estimert på grunn av endring i aggregeringsregler for konsultasjoner samme dag for samme pasient.

Indeks for pasientsammensetning er gjennomsnittlig antall DRG-poeng (korrigeret for systemendringer) per behandlingsepisode, og gir et bilde på hvor ressurskrevende gjennomsnittsoppholdet/konsultasjonen er. Indeksen er beregnet separat for døgnopphold, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. På nasjonalt nivå²⁹ var systemendringen fra 2015 til 2016 1,39 prosent for døgnopphold, -3,53 prosent for dagbehandling og -5,24 prosent for poliklinikk. Dette betyr at DRG-poengene oppjusteres noe for døgnopphold og nedjusteres for polikliniske konsultasjoner og dagbehandling. Det var imidlertid forskjeller mellom regioner og helseforetak. Ved beregning av totalt antall korrigerede DRG-poeng benyttes summen av de korrigerede behandlingsnivåene.

Antall opphold per pasient og andel nye pasienter:

Gjennomsnittlig antall opphold og konsultasjoner per pasient er sum opphold eller konsultasjoner dividert på sum pasienter. Ettersom samme pasient kan ha hatt opphold ved flere helseforetak, tilsvarer tallene for helseforetakene sum opphold ved helseforetaket dividert med sum pasienter ved samme helseforetak. Regionale tall er beregnet på samme vis. Antall polikliniske konsultasjoner i 2016 er estimert på grunn av endring i aggregeringsregler for konsultasjoner samme dag for samme pasient.

Andel nye pasienter er andel pasienter i det aktuelle år som ikke hadde noen kontakter med somatiske sykehus i spesialisthelsetjenesten i det foregående året.

Liggetid og langtidsopphold:

Gjennomsnittlig liggetid er beregnet med grunnlag i alle døgnopphold eksklusive rehabiliteringsopphold. For å måle aktiviteten i inneværende år er oppholdstid på 366 eller flere dager satt lik 366. Innlagte pasienter som skrives inn og ut samme dag (0 liggedøgn) inngår ikke i grunnlaget for gjennomsnittlig liggetid. Gjennomsnittlig liggetid er definert som sum liggedøgn (utskrivningsdato minus innleggelsesdato) dividert på sum opphold. Vi har også beregnet liggetid kontrollert for overføringer mellom sykehus. En overføring er definert ved at pasienten skrives ut ved et sykehus og inn ved et annet samme dag. Både oppholdet før og etter overføring er fjernet fra analysen av liggetid.

²⁹ Eksklusive private sykehus, Oslo legevakt, Bergen legevakt, Rusakutten ved Bergen legevakt og Stiftelsen Betanien Bergen.

Aktivitet, liggetid og gjennomstrømning i somatiske sykehus

Et *langtidsopphold* er definert som et opphold med varighet ut over en øvre liggetidsgrense³⁰, omtalt som trimpunkt, for den enkelte DRG. Antall langtidsliggedøgn er summen av alle liggedøgn over trimpunktet, dvs. samlet liggetid minus trimpunkt.

Det er benyttet følgende definisjon for pasientgruppene:

Pasientgruppe	Tilstandskode	Prosedyrekode
Primære hofteprotese-operasjoner	M16.0 eller M16.1	NFB20, NFB30, NFB40 eller NFB99
Hoftebrudd	S72.0, S72.1 eller S72.2	NFJ00-3, NFJ10-3, NFJ20-3, NFJ40-3, NFJ50-3, NFJ60-3, NFJ70-3, NFJ80-3, NFJ90-3, NFB02, NFB12, NFB20, NFB30, NFB40, NFB99.
Tykkertarm	C18x	
Bypass-operasjon		FNC20, FNC30, FNC40, FNC50, FNC60, FNC96, FND10, FND20, FND96, FNE00, FNE10, FNE20, FNE96
Prostata-operasjon		KEC00, KEC10, KEC20, KED00, KED96, KED22, KED52, KED62, KED72, KED98

Det er ikke gjort ytterligere avgrensinger (f.eks. vedr hastegrad) for nevnte pasientgrupper enn angitt over.

³⁰ Trimpunktet er en statistisk fastsatt øvre liggetidsgrense for den aktuelle DRG-en.



Postadresse: Pb. 7000,

St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no